

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1906-1907. — N° 93

DIVERTICULES

DE

L'S ILIAQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Février 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. VERDENAL

Né à Neufchâteau (Vosges), le 8 Mai 1881



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

1907

DIVERTICULES DE L'S ILIAQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1906-1907. — N° 93

DIVERTICULES

DE

L'S ILIAQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Février 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. VERDENAL

Né à Neufchâteau (Vosges), le 8 Mai 1881



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

—
1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.
LORTET. DOYEN HONORAIRE.
PROFESSEURS HONORAIRES
MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON A.
Physique médicale	X.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.)
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaires	DOYON.
------------------------------------	--------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe.	MM. VALLAS.	agrégé
Maladies des voies urinaires	ROCHET.	
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Thérapeutique générale	COLLET,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	ANCEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BORDIER.	CAUSSE.	NEVEU-LEMAIRE.
PIC.	COURMONT (P.).	ANCEL.	NICOLAS.
PAVIOT.	CHATIN.	COMMANDEUR.	PATEL.
NOVÉ-JOSSERAND.	VILLARD.	GAYET.	J. LÉPINE, ch...
BERARD.	TIXIER.	MOREL.	PLAUCHU, ch...
SAMBUC.	REGAUD.		

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président ; M. TIXIER, Assesseur ;
MM. PATEL et ANCEL, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs & qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY
Professeur de clinique chirurgicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR PATEL
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

A LA MÉMOIRE DE
MES GRANDS PARENTS VERDENAL

A LA MÉMOIRE DE
MON VÉNÉRÉ GRAND-PÈRE LE DOCTEUR JULLIOT

A MA GRAND-MÈRE
A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.*

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE
X. ROSE

Pharmacien de 1^{re} Classe

A MA NIÈCE

A MA TANTE
ET A MON ONCLE LE DOCTEUR PAUL VERDENAL 

*Médecin de l'Hôpital de Pau
Médecin de l'Etablissement thermal des Eaux-Chaudes*

MEIS ET AMICIS

Arrivé au terme de nos études, nous saisissons, avec empressement, l'occasion qui nous est offerte, d'exprimer notre gratitude envers nos maîtres.

M. le professeur Jaboulay, en acceptant la présidence de notre thèse, nous fait un honneur, auquel nous sommes particulièrement sensible. Qu'il reçoive ici un hommage public de notre reconnaissance.

M. le professeur agrégé Patel, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail, a droit à tous nos remerciements, pour sa sollicitude envers nous, et les conseils éclairés qu'il nous a toujours prodigués.

M. le Professeur Nicolas nous a reçu aussi avec une aménité toute particulière; nous en garderons le souvenir le plus vif.

Il nous reste enfin à remercier M. le docteur Brisson, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.



Diverticule congénital de l'intestin grêle



Diverticules de l'S iliaque

INTRODUCTION

Les inflammations du colon ilio-pelvien ne sont certes pas des nouveautés pathologiques. Depuis longtemps on a étudié les lésions du gros intestin dues à la tuberculose, à la syphilis, à la dysenterie ou à une néoplasie maligne ; les caractères en sont bien connus, et tout à fait classiques. Mais à côté de ces altérations, qui relèvent d'un processus pathologique spécifique, il en est d'autres, non moins importantes, que Kock désignait sous le nom de lésions « simplement inflammatoires ».

Leur étude est toute récente, le terme de sigmoïdite a été créé. A cette question pleine d'actualité se rattache celle des diverticules de l'S iliaque.

Si l'on parcourt la littérature médicale, on est surpris de voir que les auteurs français sont restés à peu près muets sur la question ; c'est à peine si nous pourrions citer quelques noms.

Aussi nous avons eu recours à la littérature étrangère et nous avons été surpris de voir que cette question qui était à peu près passée sous silence en France avait été l'objet de travaux si importants en Allemagne. Mais si cette étude des diverticules de l'S iliaque a vivement préoccupé les auteurs étrangers, il n'en

règne pas moins, parmi eux une certaine confusion qui est peut-être plutôt apparente que réelle. Une généralisation hâtive et une application systématique d'une théorie, à tous les cas de diverticules, ne sauraient convenir ; en matière de pathologie, il est difficile d'interpréter les faits toujours de la même façon et dans le même sens. Ce sont ces questions de doctrine et de théorie qui semblent créer ce désordre. Chaque auteur apporte des preuves, des statistiques, des arguments à l'appui de leurs idées ; mais aucun n'a entrepris un travail d'ensemble propre à dissiper cette confusion et à permettre une interprétation de la question dans un sens ou dans l'autre suivant les cas.

Sur les conseils de M. le Dr Patel, nous avons cru intéressant d'entreprendre l'étude des diverticules de l'S iliaque ; nous nous sommes efforcés simplement de résumer les connaissances actuelles que nous pouvons avoir sur la question et de les mettre au point. Loin de condamner tel mécanisme pathogénique, pour en suivre un de préférence, nous avons cru être plus près de la réalité, en nous efforçant de concilier la plupart du temps ces diverses théories et en montrant que dans tel cas en particulier elles peuvent trouver leur application. Nous aurions vivement désiré suivre un malade à la clinique, assister à l'évolution de son affection et trouver à l'autopsie son S iliaque porteur de diverticules. Grâce à l'obligeance de M. le Dr Patel, nous avons pu combler cette lacune en partant d'une pièce anatomique et d'observations qui nous furent gracieusement communiquées.

Dans le cours de ce travail, nous n'avons pas abordé

la question de diagnostic; c'est qu'en effet, tant qu'un diverticule reste silencieux, nos moyens d'investigation clinique ne nous permettent pas de décèler sa présence; ils n'attirent l'attention que quand ils ont causé quelque malheur. C'est qu'en effet, ces diverticules peuvent devenir le siège d'accidents variés avec une symptomatologie péritonéale. On a bien parlé d'appendicites à gauche et on a même poussé la chose jusqu'à trouver un point de Mac-Burney gauche, une hyperesthésie considérable de la paroi et une défense musculaire très intense. Nous n'insisterons pas davantage sur ces données; en effet, quel chirurgien, appelé près d'un malade présentant des réactions péritonéales ou des phénomènes d'obstruction, oserait porter le diagnostic d'accidents diverticulaires? Ici encore, la symptomatologie de la diverticulite nous paraît bien hasardée. Ce ne sont donc jusqu'ici que des découvertes opératoires ou des trouvailles d'autopsie.

Nous avons divisé notre travail en cinq chapitres, le faisant suivre d'observations intéressantes que nous avons pu recueillir.

Chapitre I : *Définition.*

Chapitre II : *Étiologie, fréquence, siège, morphologie.*

Chapitre III : *Pathogénie.*

Chapitre IV : *Anatomie pathologique.*

Chapitre V : *Accidents dus aux diverticules.*

Observations.

Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Définition

Le terme de diverticule groupe dans un seul cadre pathologique des formations assez différentes; la dénomination dont nous l'avons fait suivre en spécifiant qu'il s'agit de diverticule de l'S iliaque restreint la question, mais demande en somme à être défini.

Aussi nous disons :

Les diverticules de l'S iliaque sont des formations pathologiques, multiples, appendiculaires, terminées en cul-de-sac, implantées dans l'S illiaque et possédant une cavité qui communique avec celle de cette portion du tube intestinal.

Ainsi définis, ces diverticules nous apparaissent nettement distincts de formations qui sembleraient présenter quelque analogie. Je veux parler de l'appendice cœcal et du diverticule de Meckel.

Comme nous le verrons, les diverticules de l'S iliaque peuvent déterminer des accidents, en tout semblables à ceux que provoque l'appendice vermiculaire, enflammé, quelle que soit la théorie pathogénique invoquée; mais c'est là le seul trait commun.

D'une part, en effet, nous avons un organe normal, unique et qui, bien que rudimentaire n'en rappelle pas moins « une disposition fœtale et probablement aussi une disposition ancestrale, aujourd'hui perdue ». Tandis que, d'autre part, ces formations diverticulaires de l'S iliaque sont multiples et ont toutes une origine pathogène.

Quant au diverticule de Meckel, la morphologie nous apprend qu'il n'est que la « persistance partielle du canal omphalo-mésentérique de l'embryon » et ses caractères : « d'unicité, d'identité de structure avec celle de l'intestin, de siège, de longueur, d'adhérence fréquente à l'ombilic, au mésentère ou à l'intestin » seraient, d'après Cahier, suffisamment nets pour éviter toute confusion.

Il en résulte que pour l'appendice vermiculaire, comme pour le diverticule de Meckel, nous sommes en présence de deux organes normaux. tandis que les formations qui nous intéressent sont toujours pathogènes. Ainsi donc, aucune sorte de confusion ne peut exister à ce sujet.

Mais à côté de ces formations, il en est d'autres bien décrites par les Allemands et sur lesquelles règne, dans la littérature étrangère, la plus grande confusion ; je veux parler des diverticules de l'intestin grêle. Augier dans sa thèse (Paris 1888) a bien décrit ces formations ; sur 300 autopsies pratiquées à ce point de vue spécial, il a pu réunir 5 cas. Nous même, dans le service de M. le Professeur Jaboulay, nous avons pu observer un cas de diverticule de l'iléon chez une femme ayant succombé à une affection étrangère à son

intestin. Nous avons reproduit cette pièce pour bien montrer la différence qui existe, même à l'examen macroscopique, entre ces formations et les diverticules de l'S iliaque,

Ce diverticule de l'intestin grêle, après insufflation, mesurait environ 0,05 centimètres dans le sens transversal et 0,06 centimètres de son point culminant à sa base. Implanté sur le bord concave du jéjunum, ressemblant à une grosse noix, il était entouré de tous côtés par le péritoine qui, à sa base, lui formait un méso. A son point d'insertion sur l'intestin, il présentait comme une sorte de collet, le faisant communiquer avec le jejunum par une large ouverture. Par transparence, on y voit deux groupes de vaisseaux fins qui sillonnent sa paroi. Partout la surface est lisse, on n'y trouve aucun vestige d'insertion ligamenteuse. C'est qu'en effet, on a voulu les rapprocher des diverticules de Meckel ; mais ils en sont nettement séparés par leurs caractères propres.

Ces diverticules de l'intestin grêle sont « libres dans le péritoine, ne présentant à leur sommet aucune trace ligamenteuse ; tandis que le diverticule de Meckel n'est en somme qu'un diverticule ileo-ombilical, reliant chez l'embryon l'intestin primitif à la vésicule ombilicale ; le diverticule de l'intestin grêle est souvent muni d'un méso qui le relie à l'anse intestinale sus-jacente et ne constitue en aucune façon un vestige du canal vitellin ».

Pour Augier et Gilis, ces diverticules de l'intestin grêle représenteraient « une anomalie de caractère ancestral, telles les appendices qu'on retrouve au

même endroit, chez beaucoup d'animaux et notamment chez les rongeurs, appendices qui naissent par une sorte de bourgeonnement et qui sont munis d'un méso comme l'appendice iléo-cœcal ». Nous pouvons les rapprocher des diverticules duodénaux perivratériens observés par Marie. Quoi qu'il en soit, ils méritent de fixer l'attention du chirurgien par les étranglements et les accidents appendiculaires dont ils peuvent être l'objet.

C'est sur ces données que les auteurs allemands et anglais avaient établi une division que Cahier considère comme classique; d'une part, des diverticules congénitaux constitués par toutes les tuniques de l'intestin qu'ils appelaient: diverticules vrais; et d'autre part des formations acquises composées seulement d'une partie des parois intestinales qu'ils dénommaient: faux diverticules. Or, nous verrons dans le cours de ce travail, que si la musculuse manque souvent, dans bien des cas au contraire on peut y voir figurer toutes les tuniques. Nous pensons donc, avec M. le Dr Patel « que cette distinction basée sur la structure n'est pas nette et pourrait créer une certaine confusion ». Il nous a semblé préférable de rapporter ces formations diverticulaires à leur nature, à leur mode d'apparition et à leur évolution ultérieure.

Ainsi donc, si nous voulions donner une classification de ces formations dites « diverticules » essayant de dissiper la confusion créée par des théories basées, soit sur la structure, soit d'après leur date d'apparition, nous placerions dans un premier groupe l'appendice iléo-cœcal et le diverticule de Meckel, en

les appelant simplement des « organes normaux » ; dans une deuxième catégorie, les formations qui font l'objet de ce travail : les diverticules de l'S iliaque que nous pourrions nommer « organes essentiellement pathologiques » ; et enfin dans une dernière classe, les diverticules de l'intestin grêle que nous désignerions comme des « malformations congénitales, des anomalies anatomiques ».

CHAPITRE II

Fréquence — Etiologie — Morphologie Siège

A. — FRÉQUENCE

Le peu de documents que l'on trouve dans la littérature française, les opinions elles-mêmes de certains auteurs qui, par hasard, découvrirent des diverticules de l'S iliaque laisseraient supposer que ces formations sont des raretés pathologiques.

M. le Dr Zilgien nous dit, en effet, que « durant les six années pendant lesquelles il a été directeur du service des autopsies et où il put pratiquer de 2000 à 3000 nécropsies », le seul cas qu'il observa est celui qu'il a publié dans la *Revue Médicale de l'Est*. « De plus, MM. les Professeurs Feltz et Baraban, n'en ont jamais vu d'exemple malgré les nombreuses autopsies qu'ils ont eu l'occasion de pratiquer. »

Or, à l'inverse de ce que nous venons de voir, on est frappé de constater combien ces diverticules ont fait le sujet d'études et de recherches chez les auteurs

étrangers et, en particulier, en Allemagne. Bien à l'encontre de l'opinion de M. le Dr Zilgien, Stierlin nous dit : « Ne vous fiez pas trop à la prétendue rareté des diverticules de l'S iliaque. Si on les cherchait bien, on les trouverait plus souvent qu'on ne le pense. Dans les autopsies on incise rarement l'S iliaque. Si on le faisait régulièrement et si, dans tous les cas où on peut soupçonner l'existence de diverticules, on soumettait l'S iliaque à l'examen microscopique, on serait peut-être étonné de leur fréquence. Du moins, dans 38 cas, où, à l'instigation de Graser, l'S iliaque fut soigneusement examiné, on trouva 10 cas de formations diverticulaires au début. »

Sudsuki nous rapporte qu'il en découvrit quatre cas sur quinze.

Ces formations nous apparaissent donc un peu plus fréquentes qu'on pourrait le croire à première vue. Il est vrai cependant, que nous avons observé, d'une façon systématique un nombre relativement considérable d'autopsies à ce point de vue spécial, et que jamais nous n'avons eu la bonne fortune de trouver un S iliaque à diverticules; mais, il eût fallu recourir à l'examen microscopique et pratiquer sur chaque anse sigmoïde des coupes sériées. La chose nous fut impossible. Aussi notre résultat statistique ne peut avoir aucune valeur. Pour Graser, en effet, presque toutes les inflammations chroniques de l'S iliaque proviennent de diverticules, souvent visibles au microscopé seulement.

Mais alors, à quoi tiennent ces divergences d'auteurs, cette prétendue rareté observée par les uns,

niée par les autres ? Stierlin nous a déjà résolu en partie ce problème, et d'une façon générale, nous pouvons dire que cette divergence d'opinions est due souvent à un défaut d'examen nécropsique. C'est qu'en effet l'attention du chirurgien, en dehors des affections ayant eu une symptomatologie intestinale, est rarement portée, au cours de l'autopsie, du côté de l'S iliaque. D'autre part, les diverticules peuvent être enfouis dans la graisse et simuler, comme le dit Cruveilhier, des appendices épiploïques. Enfin Graser nous a montré qu'une paroi intestinale, saine en apparence, présente souvent des formations diverticulaires au début à un examen microscopique. Et en dernier lieu, il serait souvent nécessaire pour décélérer ces diverticules de dilater le colon ilio-pelvien et à le sectionner en longueur, manœuvre en général peu pratiquée dans les autopsies.

Aussi nous pensons, en nous rangeant à l'avis de Graser que si ces différents points d'examen étaient minutieusement observés, les auteurs sans faire de ces formations des manifestations fréquentes, ne les considéreraient plus comme des raretés pathologiques.

B. — ETIOLOGIE

A l'encontre de la plupart des auteurs, nous avons à dessein séparé ce chapitre de celui de la pathogénie, ne voulant dans ce court exposé qu'indiquer les causes générales des diverticules. Nous nous réservons dans le chapitre de la pathogénie de faire une étude aussi complète que possible de leur mode de formation.

En tête des considérations étiologiques, il convient de placer la vieillesse. Pour M. le Dr Zilgien, les sujets porteurs de diverticules ont tous dépassé la cinquantaine. « On n'admet, nous dit Edwin Beer, qu'on ne rencontre de diverticules que chez les vieillards ». Moser va même jusqu'à nier l'existence des diverticules de l'S iliaque chez les jeunes. « Je crois, dit-il, que la formation des diverticules dans le jeune âge vient d'une prédisposition congénitale et de formation ancestrale, témoin le cœcum des reptiles ». Il n'admet donc, en dehors de la vieillesse, que les diverticules de l'intestin grêle.

Cruveilhier dit que les diverticules de l'S iliaque, se rencontrent chez les vieillards, mais surtout chez les constipés.

A côté de la vieillesse, nous pouvons placer, comme cause étiologique, la constipation chronique si fréquente chez les sujets âgés. C'est qu'en effet chez les constipés chroniques, les sécrétions intestinales sont à peu près nulles : indice certain d'altérations glandulaires, et par conséquent état pathologique de la paroi de l'intestin, capable dès lors de produire les déformations qui nous occupent.

D'autre part, les mouvements péristaltiques dans un colon frappé de constipation chronique sont diminués dans de fortes proportions ; souvent même l'intestin est atteint d'atonie ou de parésie ; les fibres musculaires subiront le sort de tous les organes à fonctionnement ralenti ; elles s'altéreront et pourront même s'atrophier par place, créant ainsi les conditions nécessaires à la formation des diverticules.

Les causes mêmes tenant à l'hygiène du vieillard, à sa vie sédentaire, à l'hypertrophie de sa prostate, à la perte de la sensibilité de sa muqueuse, causes bien décrites dans la thèse de Stroup pourront déterminer primitivement une constipation chronique, mais s'ajouteront également à celle-ci pour altérer pathologiquement sa paroi intestinale et permettre à son S iliaque la formation de diverticules.

A ces deux grandes causes étiologiques : la vieillesse et la constipation, Klebs ajoute l'obésité.

Hansemann, au contraire, trouve des diverticules chez un homme de 53 ans d'une certaine maigreur. Il est vrai que Sudsuki admet bien la prolifération adipeuse, mais suivie d'amaigrissement et compare ces diverticules aux hernies de la ligne blanche provenant d'amaigrissement d'individus très obèses. Quoiqu'il en soit ces dernières considérations étiologiques sont secondaires et ne doivent pas entrer en ligne de compte au même titre que la vieillesse et la constipation.

C. — SIÈGE

De tous les cas de diverticules signalés par les auteurs, partout on retrouve, comme siège de prédilection, l'S iliaque et d'après M. le Dr Patel « la portion mobile de cette anse ». Mais les auteurs allemands en ont décrit sur toutes les portions du gros intestin.

Sudsuki et Ophüls en ont observé une fois sur le rectum ; Thorel, plusieurs fois sur le rectum et sur le colon ascendant. Enfin Mertens rapporte trois observations d'appendice iléo-cœcal présentant de nom-

breux diverticules de très petites dimensions. Quant à leur point d'implantation sur les différentes portions du gros intestin, on les a décrit comme siégeant le long des bandes longitudinales entre les faisceaux musculaires. Hansemann nous les montre siégeant contre l'insertion du mésentère; « il y en a, dit-il, qui sont placés du côté convexe de l'intestin et surtout aussi d'autres qui pénètrent dans les appendices épiploïques. » Enfin, presque tous, d'après cet auteur, suivraient le trajet d'une petite veine.

Graser et Sudsuki, eux aussi, décrivent comme étant situés dans les appendices épiploïques reliés au lumen de l'intestin par un étroit conduit. Malgré ces diverses constatations qui certainement correspondent à des faits observés par ces auteurs, on doit admettre que les diverticules siègent de préférence au niveau des bosselures du gros intestin de chaque côté des bandes longitudinales; au niveau de ces bandes mêmes, on n'en retrouve plus aucun.

D. — MORPHOLOGIE

Les diverticules de l'S iliaque affectent des aspects assez variés. Ils ne sont jamais uniques, mais toujours en très grand nombre au point de devenir presque confluents. Cruveilhier cite le cas du professeur Alibert sur lequel on put en compter plus d'un cent. Hansemann, sur un vieillard de 85 ans en trouve 400 environ. Sur la pièce que nous avons reproduite ils sont tellement nombreux qu'ils échappent à toute numération.

Lorsqu'ils arrivent à atteindre une telle proportion ces diverticules perdent un peu de leur indépendance, et se groupent en bouquets donnant l'apparence que M. le Dr Zilgien décrivait sous le nom de grappes de raisin. D'autres fois, ces diverticules « réunis en groupe de deux, trois ou quatre, offrent un aspect multilobé, un relief étalé plus ou moins saillant ». Ils sont souvent sessiles, mais ils peuvent présenter un petit pédicule légèrement rétréci. On les trouve parfois allongés, de forme oblongue, en doigt de gant, ensevelis dans la graisse; dans d'autres cas, au contraire, ils sont ramassés sur eux-mêmes et affectent une forme de vésicules plus ou moins sphériques. Ils apparaissent sur un S iliaque insufflé ou dilaté par un liquide à une certaine pression, comme des saillies cylindriques pressées les unes contre les autres en quantité surprenante. Ces saillies se présentent comme des petites tumeurs piriformes, noirâtres, donnant l'illusion par place des varices œsophagiennes.

Leur coloration noire est due à des petits dépôts de matières fécales et à une légère pigmentation de la paroi intestinale à ce niveau.

De dimensions très variables, on les a comparées à des pois, des noisettes, des noix. Stierlin nous les décrit comme de petites bouteilles appendues à l'intestin, telles des baies à une branche.

Si l'on incise longitudinalement l'S iliaque, et que l'on examine la paroi intestinale par sa face interne, on trouve « la muqueuse disposée en replis épais et nombreux orientés transversalement, et au fond de

ces replis, se trouvent les orifices d'entrée des diverticules qui se présentaient sous la forme d'une petite fente à bords généralement aigus. » Koch nous montre ces orifices variant entre la dimension d'un bouton de sonde et celle d'un petit pois, « tout autour la muqueuse s'élevant comme un petit rempart. »

CHAPITRE III

Pathogénie

Nous avons vu que la vieillesse et la constipation étaient les deux conditions étiologiques que l'on pouvait invoquer chez tous les gens porteurs de diverticules. Or, il ne suffit pas de savoir que les constipés et les vieillards ont une prédisposition à présenter ces déformations, il faut être fixé sur la manière dont elles se produisent.

Sans avoir un bien grand intérêt pratique, la question du mode de formation des diverticules est certainement un des points les plus intéressants de leur histoire. Du reste, les auteurs qui se sont occupés de la question l'ont bien compris, témoin leurs nombreux mémoires où la pathogénie tient une si grande place.

Mais l'accord est loin d'être fait entre eux, et les théories pathogéniques sont nombreuses.

Certes, ils apportent des arguments de valeur, des observations et des constatations à l'abri de toute suspicion, mais ils érigent en théories hâtives des faits

particuliers qui ne s'appliquent souvent qu'à un cas spécial. Aussi ce désaccord est peut-être plus apparent que réel : car si les auteurs diffèrent sur la cause propre à déterminer le diverticule, ils sont à peu près tous d'accord pour ce qui est de son mode de formation, de la manière dont il se produit.

Mertens nous rapporte cette constatation de Seippel « la muqueuse, dit-il, fortement épaissie, traversait la muscularis mucosæ et la sous-muqueuse, se plaçait directement contre la tunique musculaire, formait avec elle une dévagination ». Voilà le point capital et ce que Seippel appelait une dévagination. Cruveilhier, bien avant lui, dans un langage expressif, l'avait nommée hernie tuniquaire. « Cette expression, dit M. le docteur Patel, mérite d'être conservée. »

C'est qu'en effet elle consacre, par sa seule évocation, la base même de la formation des diverticules. Voici de quelle façon Cruveilhier nous explique ces faits : « C'est surtout dans le gros intestin et particulièrement dans le rectum et l'S iliaque du colon qu'on observe ce déplacement. On trouve la raison de cette espèce de prédilection dans l'inégalité de résistance des parois du gros intestin ; les fibres longitudinales étant réunies en trois bandes parallèles, d'où résulte une force de résistance considérable à leur niveau, et, une faiblesse relative dans les points qui sont intermédiaires ; d'autre part, on conçoit que le rectum et l'S iliaque, étant pour les matières fécales, un lieu de séjour, de durcissement, et l'aboutissant principal des efforts de défécation, doivent être sous ce double rapport plus particuliè-

« rement sollicités à ce genre de déplacement. C'est
« en effet, chez les vieillards, surtout, ceux qui sont
« sujets à la constipation, qu'on rencontre assez sou-
« vent le long des trois bandes longitudinales de l'S
« iliaque, et, entre les faisceaux musculaires longitudi-
« naux de l'intestin, une série de petites tumeurs piri-
« formes, noirâtres, qu'on serait tenté de prendre, au
« premier abord, pour des varices, et qui sont consti-
« tuées par la hernie de la membrane muqueuse à tra-
« vers un éraîlement des fibres circulaires de l'in-
« testin. Leur couleur noirâtre tient à de petites bou-
« lottes fécales très dures, contenues dans les cellules
« qui résultent de ces déplacements. Ces petites
« cellules, dont la forme est quelquefois oblongue, à la
« manière d'un doigt de gant, sont souvent comme
« ensevelis dans la graisse qui recouvre le gros intes-
« tin, et échappent souvent à une observation inatten-
« tive.

« Je n'en ai jamais trouvé un plus grand nombre
« que sur le corps du professeur Alibert. Il y en avait
« plus de cent ayant toutes un orifice distinct ordinai-
« rement étroit. J'ai vu des groupes de trois cellules
« juxtaposées, mais s'ouvrant isolément dans l'inté-
« rieur. On conçoit que ces petites cellules muqueuses,
« qu'on peut comparer à celles de la vessie, puissent
« être irritées par la présence de matières fécales, et
« devenir le siège d'inflammation et de perforation. »

« Cruveilhier définit donc lui-même la hernie tuni-
« quaire en appelant ainsi une hernie « dont le carac-
« tère est le déplacement d'une membrane ou tunique,
« à travers une autre tunique qui la recouvre. » Il

« ajoute qu'on ne rencontrera, par conséquent, ce
« genre de hernie, que dans un organe constitué de
« plusieurs tuniques superposées. »

Ce tableau, tracé d'une main de maître dès le commencement du siècle dernier, est encore ce qui satisfait le mieux l'esprit ; en dépit des théories nombreuses qui ont surgi, les auteurs ont moins cherché à nier ce *modus faciendi* qu'à l'expliquer. Il peut donc être posé en principe, sans souci de leur structure et de la présence plus ou moins complète de toutes les tuniques, que la hernie existe.

M. le Dr Patel, traduisant ces faits, résume ces hernies tuniquaires en ces termes : « Inflammation primitive, écartement des fibres musculaires, issue des tuniques intestinales, plus ou moins modifiées, toujours revêtues d'une enveloppe séreuse qui constituait un véritable sac. »

Mais, si les auteurs sont à peu près unanimes à admettre la dévagination de Seippel ou la hernie de Cruveilhier, l'accord disparaît totalement lorsqu'il s'agit d'interpréter ces faits, de trouver la cause de cette dévagination, de cette hernie.

C'est ici, que dans la littérature étrangère, la plus grande confusion existe. Les auteurs mettent un soin jaloux à cataloguer ces productions en faux ou en vrais diverticules suivant le nombre de tuniques qu'ils possèdent, édifiant alors les théories pathogéniques les plus diverses. Nous croyons avoir fait justice de ces interprétations en montrant au chapitre I que le diverticule de Meckel, ceux de l'intestin grêle et ceux de l'S iliaque, constituaient trois éléments bien dis-

tinets n'ayant de parenté que le nom, aussi tout en maintenant ferme l'idée que nous nous sommes faite des diverticules de l'S iliaque, c'est-à-dire d'une formation nécessairement pathologique, nous allons passer en revue les différentes interprétations qu'on a données, en essayant de les concilier avec notre conception.

THÉORIE MÉCANIQUE

Pour qu'une muqueuse puisse se hernier mécaniquement à travers les tissus, il faut un de ces deux processus : ou bien un point faible de la paroi avec une pression exagérée, ou alors une traction de cette paroi par une force extérieure à elle, représentée par une bride ou une réaction inflammatoire ou cicatricielle. Si l'on veut bien se rapporter aux données classiques, on verra que pareil mécanisme a été invoqué dans les diverticules de l'œsophage, si bien décrit par Vial (thèse 1904), nous aurons alors les diverticules de pulsion et les diverticules de traction.

Qu'un rétrécissement, de quelque nature soit-il, se produise sur le rectum ou l'extrémité inférieure de l'S iliaque chez un vieillard constipé, votre anse sigmoïde altérée déjà par les lésions dues à la sénilité et à la constipation, du fait de cette sténose qui siège à la partie inférieure, va être soumise à une pression exagérée et pourra très facilement se laisser distendre en certains points.

Telle est l'opinion de Stierlin : bien qu'il ne nie pas les autres causes étiologiques, il considère que la présence des diverticules sur l'intestin « doit éveiller

« en nous l'idée de diverticules de pulsion, causés par
« la pression du contenu liquide et solide de l'intestin,
« et surtout par la tension gazeuse. Cela, poursuit-il, a
« d'ailleurs toujours été l'hypothèse prédominante.

« Mais pourtant, chez tout individu, la paroi abdo-
« minale a, par moments, à supporter des pressions
« internes assez considérables, et cependant nous
« voyons que les formations diverticulaires sont rares.

« Pour expliquer ces faits, il faut admettre une
« recrudescence de pression interne ; les cas où on les
« a trouvés au-dessus d'une partie de l'intestin atteinte
« de sténose chronique, s'expliquent très facilement
« de cette manière. »

Puis, il cite le cas d'une femme âgée, opérée à Winterthur, atteinte de carcinome de la portion inférieure de l'S iliaque, sur lequel on aurait trouvé de multiples diverticules.

Mais une pression anormale ne suffit pas, elle ne servirait qu'à dilater le colon et à météoriser l'abdomen : il faut encore un point qui cède, et savoir pour quelle cause ce point est-il devenu un locus minoris resistentiæ ? C'est alors que les expériences les plus diverses ont été pratiquées.

Hansemann, après d'ingénieux essais d'insufflation et de dilatation par de l'eau à une certaine pression, conclut qu'expérimentalement, les diverticules se produisent au niveau de l'insertion mésentérique en suivant le trajet des vaisseaux.

Chlumsky en vit se produire sur tous les points de l'intestin. Or, il nous semble beaucoup plus logique d'admettre que le diverticule se produira à l'endroit

même où l'intestin sera lésé par les aliérations de la muqueuse ou des dégénérescences des fibres musculaires. Aussi, nous avons hâte de citer l'avis de M. le Dr Patel : « Toutes ces expériences de distension artificielle, dit-il, n'ont pas de valeur, car l'intestin d'un cadavre se comporte bien différemment de l'intestin d'un sujet vivant ; de plus, la distension brusque ne saurait être assimilée à la distension graduelle. »

La seconde manière, dont les hernies tuniquaires peuvent se produire mécaniquement, est représentée par les diverticules dits de traction. Un organe situé au voisinage du colon pelvien, sous l'influence d'un processus inflammatoire, va adhérer à sa paroi ; et à cette inflammation franche succédera un état de sclérose qui réduira son volume, tout en conservant ses attaches avec l'S iliaque ; dès lors, les parois intestinales céderont sous l'influence de la traction, et le diverticule sera créé. Toutes les adhérences cicatricielles, toutes les péricolites pourront aboutir à ce but. Klebs et Mertens ont bien mis en évidence l'importance de cette étiologie.

THÉORIE VEINEUSE

Tandis que les partisans de l'action mécanique de la production des diverticules admettent, sans contestation, un point faible de la paroi, mais surtout une exagération de la pression, d'autres auteurs, tels que Graser et Stierlin donnent à la pression un rôle des plus effacés et attribuent toute l'importance au point faible représenté par le trajet des veines. Ils indi-

quent, de ce fait, un nouveau mécanisme en créant la théorie veineuse.

Comme nous le disions, c'est Graser qui le premier émit ces idées, qui furent défendues et attaquées tout à la fois par un grand nombre de ses compatriotes. Pour Stierlin, la théorie veineuse fut trouvée par le simple examen des diverticules. Il les rencontre, en effet, siégeant toujours au niveau de l'insertion mésentérique à l'endroit où les vaisseaux passent sur l'intestin; « c'est ainsi, dit-il, que la paroi intestinale pénètre dans la gaine vasculaire par un entonnoir terminé en pointe. »

Graser précise encore davantage et conclut que le diverticule ne s'adapte pas à un point quelconque du paquet vasculaire, mais uniquement le long des veines.

Klebs, de son côté, s'exprime en ces termes : « les
« diverticules siègent tous en des endroits du mésentère où un paquet vasculaire passe sur l'intestin, les
« plus petits entre l'artère et la veine. Aux autres
« places où il ne peut être question d'un diverticule
« proprement dit, on voyait à l'endroit où les vaisseaux du mésentère passent sur l'intestin, la paroi
« de ce dernier pénétrer dans la gaine vasculaire par
« une annexe terminée en pointe. »

Hansemann nous donne la raison de ce lieu d'élection des diverticules le long des veines. D'après lui, il existe tout autour des veines qui traversent la paroi intestinale, une gaine de tissu conjonctif lâche, parfois aussi de tissu adipeux, qui sont autant de « loci minoris resistentiæ ».

C'est alors que Graser fait intervenir un autre fac-

teur, la stase dans le domaine de la veine mésentérique, et par conséquent, toutes les cardiopathies capables de déterminer cette stase, lorsqu'elles sont arrivées à des périodes de troubles de compensation. Grâce à ce ralentissement veineux dans la mésentérique, les dimensions de ce qu'il appelle les lacunes vasculaires sont agrandies considérablement offrant un passage facile à la muqueuse. Il va sans dire que toutes les autres causes de congestion chronique dans la mésentérique inférieure constitueront, au même titre que les cardiopathies, une prédisposition à la formation des diverticules.

De l'avis de Hansemann, Graser serait allé un peu loin. « En effet, dit-il, les affections du cœur n'ont avec
« la formation des diverticules aucune relation de
« cause à effet et le rapport mis par Graser au premier
« plan entre la stase et l'existence des diverticules
« devait être tout accidentel. »

De plus, le champion de cette théorie est obligé d'avouer lui-même que, sur vingt-huit intestins présentant une forte stase et soumis à un examen microscopique, il ne peut relever que dix cas de diverticules de l'S iliaque ; ce n'est donc qu'une cause occasionnelle.

Sudsuki, après de lentes et minutieuses recherches, nie catégoriquement le rôle de la congestion dans la formation des diverticules. Il examina quarante sujets ayant tous dépassé la cinquantaine, et présentant, les uns de la congestion, dans le domaine mésentérique, les autres des adhérences intestinales ; « sur ces qua-

« rante cas, il constata quinze cas de diverticules ainsi
« répartis :

« Six fois dans les intestins avec stase	
« Neuf »	» sans stase
« Cinq »	» avec adhérences
« Dix »	» sans adhérence.»

« La stase, conclut-il, n'entre pas en ligne de compte
« comme cause déterminante puisque les diverticules
« sont plus fréquents dans les intestins qui ne pré-
« sentent aucune trace de congestion. »

THÉORIE GLANDULAIRE

La théorie mécanique, comme la théorie veineuse, admettaient, comme base, la hernie tuniquaire, malgré la confusion créée par les auteurs, confusion plutôt de mots que de principes. Le diverticule n'était en somme qu'une hernie de la muqueuse, résultant soit d'une force mécanique, soit d'un point faible créé par une congestion chronique.

Dans la nouvelle interprétation que nous allons donner du diverticule, la lésion essentielle est une altération primitive de la glande, résultant de la sénilité et de la constipation chronique. Tel est le point de départ de la théorie glandulaire imaginée par M. le docteur Zilgien.

Dans la thèse de M. le docteur Stroup on lit : « Chez
« le vieillard, il existe une altération profonde des
« glandes de Liberkuhn, consistant en une atrophie de
« l'élément glandulaire, lui-même, et une néoformation

« conjonctive englobant l'organe et souvent l'étreignant. »

Voilà, nous dit M. le docteur Zilgien, le point de départ des diverticules, puis il s'exprime en ces termes :

« L'étranglement des orifices glandulaires n'est pas
« général, mais disséminé par places plus ou moins
« étendues, d'où il résulte que les orifices glandulaires
« voisins, qui sont relativement respectés, seront tiraillés par le tissu conjonctif de nouvelle formation
« installé dans le voisinage. Ces orifices deviendront
« largement ouverts et de cette ouverture béante d'où
« ne sortira plus aucun produit de sécrétion, l'épithélium de la glande étant atrophié, viendront se
« loger les fragments de matières fécales, dont nous
« venons de voir l'origine..... La glande se transforme
« ainsi en un petit kyste qui augmentera petit à petit
« de volume, écartera, pour s'agrandir, les fibres musculaires atrophiées situées derrière lui, et arrivé à
« cette étape, il se recouvrira de la membrane séreuse. »

La néoformation conjonctive se répartissant d'une façon inégale sur les cellules glandulaires, est donc la seule cause de ces ouvertures d'abord, de ces diverticules ensuite. Les fragments de matières fécales s'insinuant dans la glande pourront jouer un rôle uniquement de corps irritant, ou encore celui de bouchon obturateur ; ainsi se trouvera réalisé un pseudo kyste glandulaire.

Nous ne saurions souscrire à cette ingénieuse théorie sans de grandes réserves.

Certes, il est hors de doute que la constipation opiniâtre du vieillard altère profondément les éléments

nobles de l'intestin ; toutefois, il nous semble bien théorique d'édifier toute une pathogénie glandulaire de ces lésions si prononcées soient-elles.

Quant à la théorie mécanique et à la théorie veineuse, il n'est pas nécessaire de les opposer l'une à l'autre ; ce serait, à notre sens, une faute. Souvent même, il est possible que, suivant les cas, on puisse invoquer une augmentation de pression ; dans d'autres, au contraire, une congestion chronique, et peut-être ces deux causes réunies, pour expliquer la présence des diverticules.

Aussi, dans une étude rationnelle, on peut supposer l'accord fait entre les auteurs, car ceci est question de détail. Ni l'augmentation de pression, ni la stase veineuse ne peut créer, de toutes pièces, des diverticules ; car, M. le Dr Patel nous le dit « ils rentreraient alors dans la classe des productions séniles, mais normales » or, nous en avons fait des organes pathologiques par définition.

Il existe donc une lésion fondamentale et primitive : la faiblesse de la couche musculaire créant la hernie tuniqueaire. Mais alors, il faut trouver la cause de l'altération musculaire. De l'avis de tous les auteurs, cette cause n'est pas unique pour tous les cas. Certains peuvent relever d'une dégénérescence graisseuse de la musculature sous l'influence d'un processus morbide ou diathésique.

Les hémorragies de la séreuse ont été accusées d'avoir un retentissement fâcheux sur la musculature intestinale. Certains auteurs en font une question d'hérédité ; pour eux les diverticules ne sont certes pas

congénitaux, mais les sujets qui les présentent étaient des affaiblis, au point de vue musculaire, des prédisposés. Enfin, on a invoqué les ulcérations, les cicatrices et les suppurations franches de la muqueuse.

Pour clore cette question de la pathogénie, nous ne pourrions mieux faire que citer les paroles de M. le Dr Patel : « Il faudrait peut-être invoquer les lésions
« péritonéales immédiates ou voisines, retentissant
« sur la musculature sous-jacente, et considérer la
« hernie tuniquaire comme la plus haute expression
« d'un processus pathologique dont la parésie intesti-
« nale, cause de constipation, serait un des premiers
« degrés. »

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Nous avons suffisamment étudié au chapitre II le siège et la morphologie des diverticules, pour que nous n'insistions pas davantage sur leur examen macroscopique. Toutefois, nous ne saurions passer sous silence la disposition qu'ils affectent d'une façon générale. Si, comme l'a prouvé Stierlin, à l'aide d'une sonde, nous examinons le trajet des diverticules, nous reconnaissons facilement qu'ils vont, sans exception, jusque sous la séreuse. « La plupart, nous dit M. le Dr Patel, faisaient saillie sous la séreuse étalée au-dessus d'elle ».

Enfin, qu'il nous suffise de signaler que ces diverticules peuvent être vides et alors leurs parois sont accolées, mais aussi présenter dans leur lumière des petits corps étrangers. De consistance variable, ces corps étrangers ne sont que des petits bols de matières fécales, présentant une coloration noire, verdâtre.

Si on examine, à la lumière par transparence, la

paroi de l'intestin, on est frappé de voir que la portion correspondant aux diverticules apparaît en clair sur le reste de l'intestin beaucoup plus opaque. Cela nous fait immédiatement entrevoir que la paroi diverticulaire n'a plus la même organisation que celle de l'intestin. Voyons donc quelles sont les constatations que l'histologie anatomique nous permet de faire.

La muqueuse, d'une façon générale, est normale. Les auteurs ont noté cependant de l'hyperplasie cellulaire, de l'infiltration leucocytaire, plutôt attribuable, à notre avis, à une inflammation concomittante. M. le Dr Zilgien aurait trouvé des lésions plus spéciales. « Sur toute la surface de l'intestin, nous dit-il, les cellules cylindriques et caliciformes ne présentaient rien de particulier jusqu'à la limite de l'ouverture des vésicules. A partir de ce point et s'étendant sur toute la surface de ces poches, on ne rencontrait que des cellules embryonnaires disposées sur une ou deux couches. Leur protoplasma était si abondant et volumineux que ces cellules méritaient le nom de cellules épithélioïdes. »

Hansemann et Sudsuki concluent aussi à une légère inflammation de la muqueuse, inflammation qu'ils prétendent propre aux diverticules et indépendante de toute autre cause. Les mêmes auteurs ont aussi affirmé avoir observé une certaine atrophie de la muqueuse consécutive à une ancienne lésion inflammatoire due aux diverticules. Mais ce sont là des altérations généralement minimales ; tant que les diverticules restent silencieux, la muqueuse est à peu près saine.

La sous-muqueuse nous offre des lésions encore

moins spéciales que la muqueuse. Les uns la décrivent entièrement normale ; d'autres y ont trouvé une hyperplasie notable et même une certaine infiltration graisseuse décelée en traitant la préparation par l'acide osmique.

Durante rapporte une observation où la sous-muqueuse avait complètement disparu et était représentée par quelques fibres conjonctives irrégulièrement disséminées.

La musculaire nous présente des altérations beaucoup plus importantes. Ce sont ces lésions qui ont souvent servi de base aux conceptions si diverses que l'on s'est faite des diverticules. Dans la plupart des mémoires que nous avons parcourus, les auteurs prétendent que la musculaire est totalement absente de la paroi du diverticule. M. le Dr Zilgien nous décrit les fibres musculaires s'écartant tour à tour du pédicule, pour former une sorte de sphincter, réduisant ainsi considérablement le calibre de l'intestin. La muqueuse repose directement sur la séreuse, on ne retrouve plus trace de fibres musculaires.

Hansemann se range à cet avis : « Même les plus « petits diverticules, dit-il, sont dépourvus d'une « tunique musculuse, seule la *muscularis mucosæ* « peut être suivie jusque dans leur profondeur. »

Sudsuki est moins affirmatif ; il reconnaît que la couche musculuse circulaire fait toujours défaut.

Quant à la musculuse longitudinale, elle manque dans la plupart des cas, mais « peut cependant accompagner la saillie muqueuse pendant un certain temps. » Il explique la présence des fibres longitudinales par

ce fait que la muqueuse, en se herniant, passe à travers les fibres circulaires et s'arrête au niveau de la couche longitudinale. Ceci ne pourrait donc se produire que dans des diverticules de petites dimensions ; et si ces diverticules étaient encore de plus petite taille, microscopiques en quelque sorte, ils s'arrêteraient à la couche circulaire. Klebs pensait ainsi lorsqu'il nous montrait les petits diverticules composés de toutes les tuniques intestinales, tandis que les plus gros étaient dépourvus de couche musculaire.

Il est certain qu'au niveau de l'extrémité du diverticule, la musculaire est très amincie, mais « Stierlin, Edel, Good l'ont vue se continuer avec la musculeuse de l'intestin. »

Pour Durante, l'atrophie musculaire peut être secondaire et dépendre uniquement de l'ectasie de la paroi intestinale. Enfin d'autres auteurs nous expliquent la disparition de la musculeuse au niveau du diverticule par ce fait que les sujets chez qui on les trouve sont tous des constipés ; or, chez les constipés, la musculaire frappée d'une certaine déchéance fonctionnelle tendra à s'atrophier.

On a signalé également des lésions des vaisseaux de la paroi où on les trouverait frappés d'endartérite et de périartérite. Durante insiste sur la disparition complète du tissu élastique.

« D'une façon générale, nous croyons donc que toutes les tuniques sont représentées » et que les lésions que l'on y trouve « rappellent celles de l'appendice iléo-cœcal, abstraction faite du tissu lymphoïde. »

CHAPITRE V

Accidents diverticulaires

Nous avons défini le diverticule de l'S iliaque comme une production nécessairement pathologique. En effet, il résulte d'un processus morbide frappant l'intestin. Mais, s'il constitue, par lui-même, une formation pathologique, cela ne veut pas dire qu'il doive fatalement causer quelque malheur. Il peut rester longtemps, toujours même, silencieux ; le malade souffrant plus des lésions qui ont produit les diverticules que des diverticules eux-mêmes. Les choses ne se passent pas toujours aussi simplement. Les diverticules constituent, à coup sûr, au point de vue de la résistance aux infections, des loci minoris resistentiæ ; d'autre part le contenu intestinal nous offre une flore microbienne des plus riches. Ils constituent, pour ceux qui en sont atteints, un danger imminent ; aussi des complications, de la plus haute gravité, peuvent éclater : nous avons nommé les accidents diverticulaires.

Le grand danger auquel est soumis un diverticule

de l'S iliaque, est l'infection. Dès qu'un processus infectieux l'atteint, le diverticule réagit par une inflammation plus ou moins vive. Comme pour tous les organes, nous pouvons alors adopter la division classique en :

- a) *Lésions inflammatoires aiguës.*
- b) *Lésions inflammatoires chroniques.*

a) — INFLAMMATION AIGUE

Le premier stade, auquel peut aboutir une inflammation franche, frappant un diverticule, est ce que l'on pourrait appeler une diverticulite catarrhale, ne constituant, malheureusement que trop souvent, qu'une étape vers les lésions suivantes.

Cahier a fait de la diverticulite simple, une symptomatologie, que nous ne pourrions reproduire sans pénétrer sur un terrain un peu théorique,

On conçoit, aisément, qu'un diverticule enflammé produise des crises abdominales douloureuses avec des périodes d'accalmie et de rechute, mais ces faits sont extrêmement difficiles à interpréter au point de vue clinique.

Un pas de plus, et nous assistons à la transformation purulente de cette infiltration inflammatoire avec la diverticulite suppurée. Les accidents affectent alors une forme de gravité spéciale; le malade se plaint de son abdomen, sa température témoigne d'un foyer de suppuration franche. L'infection peut se propager alors à tout son colon ilio-pelvien, ou se localiser dans des foyers spéciaux : l'abcès sigmoïdien, la sigmoïdite

suppurée en seront les expressions cliniques. On note, également, une inflammation simple du péritoine, par propagation, ne donnant lieu à aucune réaction. « C'est en somme un processus analogue à celui de l'appendicite banale; inflammation, suppuration pariétale, abcès péritonéal enkysté; il n'a rien de surprenant puisque chacun de ces diverticules peut être assimilé à un appendice. » Ces données nouvelles suscitent, de nos jours, de nombreux et intéressants travaux.

Mais si, sous l'influence d'un processus irritant, ou d'eschares produites par une compression prolongée dans les diverticules, la paroi de ces derniers vient à s'ulcérer ou à se sphacéler, nous aurons atteint le dernier degré de gravité que peuvent présenter les accidents diverticulaires; pour continuer notre classification, nous lui donnerons le nom de diverticulite ulcérée ou gangrénée, sans attacher d'autre valeur, à ces termes, que l'idée qu'ils évoquent.

Les conséquences de cette perforation intestinale sont de la plus haute importance, comme il est facile de le prévoir. Si, par un processus de défense réactionnelle, des adhérences ont eu le temps de se former, nous verrons se produire une péritonite plastique adhésive, ou un abcès enkysté, autour du diverticule perforé. D'autres fois, sous l'influence de ces mêmes formations fibreuses, il pourra s'établir une communication fistuleuse avec les organes voisins. C'est ainsi que Waldvogel put observer, sur un confrère, le Dr O... de V..., âgé de 35 ans, une fistule anastomotique, reliant la vessie à l'S iliaque, communication due à une perforation de diverticules. Le malade, à la fin de chaque

cathétérisme urétral, laissait échapper quelques gaz par son méat urinaire. Nous avons reproduit plus loin une observation de Sidney-Jones concernant un cas semblable.

Mais, une perforation diverticulaire peut se produire, avec beaucoup plus de brusquerie, ne permettant pas aux anses intestinales de réagir par la formation de fausses membranes. Nous serons, dès lors, en présence d'une péritonite généralisée. Il ne faudrait pas s'attendre à travers les signes généraux des péritonites par perforation; les symptômes sont réduits à leur minimum; le malade de Georgi n'avait pas de vomissement; ceux de Warnecke et de Mertens, peu de douleurs abdominales. L'autopsie n'en montre pas moins des anses intestinales agglutinées et très vascularisées, et une cavité péritonéale remplie de sérosité et de liquide purulent.

M. le docteur Patel nous explique ces faits en nous montrant qu'il s'agit de malades, âgés, présentant « le type des péritonites par perforations asthénique. »

Georgi, Warnecke, Mertens et Rolleston en ont observé et bien décrit les caractères.

Nous avons pu recueillir, dans la littérature étrangère, deux cas de péritonites généralisées. M. le docteur Patel nous a communiqué deux observations intéressantes prises par M. le docteur Paviot. Nous avons reproduit ces quatre cas.

b) — LÉSIONS CHRONIQUES

Mais ces accidents foudroyants ne sont pas toujours le terme ultime des complications diverticulaires. Le

gros intestin, et surtout l'S iliaque, peuvent être l'objet d'un processus inflammatoire chronique. M. le docteur Patel nous décrit le terme clinique correspondant à ces lésions, « en les désignant sous le nom de « péricolite, de përisigmoïdite. Les constatations opératoires, poursuit-il, ont montré qu'il s'agissait de « coulées véritables, semblant partir du gros intestin « et diffuant très loin, immobilisant l'intestin, le « rétrécissant parfois. »

Les recherches se sont multipliées de tous les côtés, et partout, les auteurs ont montré les diverticules capables de déterminer ces sténoses inflammatoires. Koch les a bien décrites, sous le nom de tumeurs inflammatoires, caractérisées par une infiltration œdémateuse, ou, selon Rotter, de petits abcès dans le mésentère.

Dans les autres sténoses, relevant d'une inflammation spécifique, le point de départ, d'après Koch, siégerait au niveau même de la muqueuse; dans ces cas de rétrécissements dûs aux diverticules, la muqueuse est souvent saine et la lésion se trouve dans les tissus voisins. Ils peuvent acquérir un tel point de développement qu'ils en imposent sur le vivant pour des tumeurs néoplasiques. Que de cas de diverticules furent pris pour un cancer du colon pelvien, erreur reconnue et avouée au cours d'une laparotomie ou de l'autopsie !

Pour Rotter, ce qui constitue l'élément le plus important de la sténose est la réaction cicatricielle qui se produit autour de l'S iliaque qu'il désigne sous le nom de couenne përisigmoïdienne.

Mais, on pourrait se demander si entre les diverticules et ces inflammations péricoliques, il existe bien une relation de cause à effet. Nous nous rangeons aux avis de Koch, de Graser, de Fabris, de Waldvogel et de Georgi, et nous dirons, avec M. le Dr Patel, « que les diverticules jouent un rôle important dans la production de ces lésions ; c'est à leur niveau qu'elles naissent : ce sont eux qui semblent la diffuser en dehors de la lumière intestinale. »

A côté de ces tumeurs inflammatoires que nous considérons comme type des lésions chroniques des diverticules de l'S iliaque, il est d'autres accidents, tout aussi graves que les premiers, mais signalés beaucoup plus rarement.

Le Dr Platt nous rapporte un cas d'obstruction intestinale due à la présence des diverticules. Le Dr Zilgien reconnaît, comme seul accident possible des diverticules, l'obstruction signalée par le Dr Platt. Tout en conservant la pathogénie qu'il nous donne de ce cas, en nous présentant son malade comme un gros mangeur, souffrant depuis longtemps de crises abdominales dues à la paresse de son intestin, peut-être ici encore faudrait-il invoquer les tumeurs inflammatoires de Koch.

Edwin Beer insiste particulièrement sur les lésions du mésentère chez les sujets présentant des diverticules.

Il cite l'opinion de Riedel et de Brehm qui nous décrivent, sous le nom de mésentérite, un amincissement extrême du mésentère ; de telle sorte que les anses intestinales, et, particulier l'S iliaque, tendront,

tout naturellement, à se couder, à se tordre, ou à s'enrouler autour du mésentère ou du mésocolon. Un volvulus en serait le résultat.

Moser nous cite une observation de diverticules inclus dans un sac herniaire ayant donné des symptômes d'étranglement.

Enfin, une complication possible, d'après Koch et Hochenegg, serait l'évolution d'un cancer greffé sur un diverticule de l'S iliaqué. D'après ces auteurs, l'anse sigmoïde à diverticules, irritée, sans cesse, par des matières fécales, durcies par la constipation chronique, s'ulcère à la base même d'un diverticule ; cette ulcération, loin de se cicatriser, bourgeonne et finalement le cancer est constitué. Il est certain que le rôle du processus irritatif dans l'apparition des néoplasies est incontestable ; mais, y a-t-il bien là des relations de causes à effet ?

En divisant les accidents diverticulaires en lésions aiguës et chroniques, nous avons suivi une marche classique en matières de pathologie.

Pour résumer la question de ces complications, nous pourrions, avec Mertens, envisager les diverticules suivant deux cas :

a) Le diverticule n'est pas perforé.

b) Le diverticule est perforé.

a) « Si le diverticule n'est pas perforé, l'inflammation se développant peut :

1° S'étendre à la sous-muqueuse et à la sous-séreuse, intéressant aussi le péritoine, donner lieu à une inflammation chronique. »

Résultat : sténose de l'S iliaque.

2^e Déterminer une péritonite par propagation.

b) Si le diverticule est perforé, il en résultera, suivant le siège de la perforation ; soit, une sténose intestinale due au processus cicatriciel ; soit, des adhérences aux autres organes avec des phénomènes de péritonite plastique ; soit enfin, une péritonite généralisée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Docteur GILIS. — *Nouveau Montpellier médical*, 1898, t. 7, p. 505.

Diverticule de l'intestin grêle

Il a été remarqué sur un homme adulte à la salle de dissection un diverticule de l'intestin grêle. Implanté sur le bord libre et convexe de l'iléon, à 0.84 centimètres du cœcum, il est dirigé obliquement en haut et en avant formant avec l'intestin un angle aigu de 45° environ. Le péritoine l'enveloppe complètement et lui forme un méso-diverticule qui relie son bord supérieur à l'anse intestinale située au-dessus. Cet appendice est cylindrique, très légèrement rétréci à son point de jonction avec l'iléon ; son sommet, régulièrement arrondi, est parfaitement lisse et dépourvu de toute trace d'insertion ligamenteuse. Sa longueur est de 5 centimètres ; sa largeur de 48 millimètres, son calibre est un peu supérieur à celui de l'intestin. Après une incision de l'intestin suivant le bord mésentérique, on voit que le diverticule est largement ouvert dans l'iléon par un orifice circulaire dont la demi-circonférence supérieure est garnie d'une valvule très courte correspondant à l'angle aigu occupé par le méso-diverticule. La surface extérieure du diverticule est identique d'aspect à celle de l'intestin. Les tuniques musculaires, elles aussi, sont semblables aux tu-

niques intestinales même au niveau du sommet qui n'est nullement aminci comme cela s'observe parfois.

OBSERVATION II

Docteur MOSER.— *Beitrage zur klinischen chirurgie.*— T. 29.
1900, p. 308.

Diverticule du cæcum inclus dans un sac herniaire

Marie B..., célibataire, atteinte d'une hernie crurale droite, présente à un certain moment, sans cause particulière, des accidents d'étranglement...

Après des manœuvres infructueuses de taxis, on fit une laparotomie...

L'opération fut pratiquée à l'anesthésie par l'éther. Incision de la tumeur depuis le ligament de Poupart. Œdème de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Après le décollement des tissus, on ouvrit le sac herniaire, dur et épaissi. — Il s'écoula 30 à 35 centimètres cubes d'un liquide hématique et inodore. Le sac herniaire est rempli en partie par une portion d'épiploon qui présente avec la paroi du sac des adhérences molles et rubanées — section des adhérences. — L'épiploon est aussi adhérent à l'anneau. Après examen, on voit devant l'anneau herniaire une portion de l'intestin, ayant une couleur rouge sombre, recouvert d'une couche de fibrine et dont la séreuse est mate. On essaye alors de tirer l'intestin en dehors, mais on remarque qu'il est peu mobile. On réussit à le tirer en dehors sur une longueur de 5 centimètres, sans mettre à nue l'insertion du mésentère. Cette portion attirée en dehors montre quelque chose au sommet de la grosseur du pouce. Cette partie, de coloration différente, se continue avec la paroi non altérée sans sillon de compression bien nette...

Cette portion de l'intestin est très adhérente en avant et sur les côtés, mais un peu moins dans la zone médiane.

On incise davantage et l'on tombe sur un prolongement en doigt de gant siégeant à la partie la plus basse sur un

pli transversal du cœcum. Au-dessus, la paroi du cœcum montre un œdème considérable de la sous-séreuse et de la musculaire; ailleurs elle est saine

Le diverticule était entièrement vide, ou en tout cas, s'était vidé dans l'intestin à la première pression. Le diverticule fut invaginé dans le cœcum et l'infundibulum lié à la soie.

Extirpation du sac herniaire. — On ferma l'orifice herniaire après suture du péritoine et on sutura la paroi de l'aine.

La malade guérit et quitta l'hôpital avec une cicatrice solide.

OBSERVATION III

D^r FABRIS, cité par le D^r Koch. *Archiv. für klinische Chirurgie*,
T. 70, 1903, p. 876.

Sténose intestinale due aux diverticules.

A l'autopsie d'une femme de 38 ans, on trouva de nombreux diverticules de l'S iliaque et du colon jusqu'au-dessus du milieu du colon transverse; leur grosseur variait entre celle d'un pois et celle d'une noix. La paroi se composait, tantôt exclusivement de la muqueuse et de la sous-muqueuse, tantôt des trois couches de la paroi intestinale. La musculuse était partiellement atrophiée; ulcération chronique et sténose dans le rectum. Ces diverticules sont considérés comme en étant la cause, en ce qu'il se produisit, au-dessus, une pression exagérée provenant de l'accumulation des fèces et des gaz; l'atrophie de la musculuse intestinale exerçait une influence favorable. Il n'y avait aucune indication d'une stase veineuse. (Graser).

OBSERVATION IV

D^r STIERLIN. *Correspondenz-Blatt für S. A.* 32, 1902.

Sténose intestinale due aux diverticules.

Graser put présenter en 1898 à la Société allemande de chirurgie, une remarquable préparation. C'était la section inférieure de l'intestin d'un patient mort d'un iléus, à la suite d'une sténose intestinale invétérée. Le rétrécissement, très prononcé, siégeait à la jonction de l'S iliaque et du rectum. Au-dessus de la sténose se trouvaient une quantité de diverticules, ce qui n'a pas lieu de nous étonner, d'après ce qui a été dit plus haut. Seulement, ces diverticules avaient dû exister avant l'apparition de la sténose, car c'était eux qui l'avaient causée, selon toute apparence.

Graser trouva, en effet, dans la région de la sténose, la muqueuse de beaucoup de diverticules détruite ; aux perforations s'ajoutaient des foyers d'infiltrations inflammatoires dans le milieu desquels s'étaient reformées fréquemment de petites cavités remplies de mucus. Comme celles-ci communiquaient entre elles, que les infiltrations se poussaient l'une l'autre, et que chaque infiltration avait peu à peu subi la rétraction cicatricielle, le lumen de l'intestin s'était de plus en plus rétréci.

OBSERVATION V

D^r DEMOULIN. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1889, p. 442.

Sténose intestinale due aux diverticules

Femme de 65 ans. Aucun renseignement.

A l'autopsie, à l'examen de son tube digestif, je trouvai d'abord une cicatrice, de la surface d'une pièce de un franc à deux centimètres au dessus de l'anus. Cette cicatrice, d'aspect cuivré, un peu froncée sur ses bords, ne porte

que sur la muqueuse ; elle glisse facilement sur les plans sous-jacents.

A 18 centimètres au-dessus de l'anus, et s'étendant sur une longueur de 20 centimètres, en remontant vers le bout cœcal, il y a un épaissement considérable de la couche musculaire, à fibres circulaires, qui présente une épaisseur d'au moins 7 à 8 millimètres. Avant que cet épaissement, qui porte sur la partie supérieure du rectum et une grande étendue de l'S iliaque, ait été fendu, dans toute sa longueur, le calibre de l'intestin était si réduit qu'il admettait à peine l'extrémité du petit doigt. Ce rétrécissement commence et finit brusquement. Les fibres musculaires, épaissies, sont recouvertes par la muqueuse amincie et, sur la largeur du rétrécissement, on remarque une vingtaine de petites dépressions ovalaires ayant de 2 à 3 millimètres dans leur grand axe. Leurs bords sont parfaitement nets ; il ne saurait être question d'ulcérations. Ces dépressions conduisent dans de petits culs-de-sac, plus ou moins profonds, qui font hernie à travers les fibres musculaires épaissies. On dirait une vessie à cellules. Ces petits culs-de-sac, longs, les uns de 2, les autres de 3 à 4 millimètres, sont constitués par la séreuse et la muqueuse.

Quelques-uns sont, à leur sommet et sur leur face externe, surchargés d'un peu de tissu graisseux, ce qui, au premier abord, leur donne l'aspect d'appendices épiploïques. Pas d'hypertrophie des fibres musculaires longitudinales du gros intestin, pas d'épaississement du péritoine au niveau du rétrécissement.

Mon ami et collègue, M. Coffin, a bien voulu faire l'examen histologique du rétrécissement et du corps étranger du péritoine. Le rétrécissement est bien constitué par des fibres musculaires lisses avec leurs caractères normaux. La muqueuse est saine ; ces glandes ne sont pas altérées. Le corps étranger était constitué par une enveloppe, très mince, formée de tissu conjonctif. Au milieu du corps étranger, on ne rencontrait que des matières grasses

avec des débris épithéliaux, tellement altérés, qu'il était impossible d'en déterminer la provenance.

OBSERVATION VI

D^r HOCHENEGG, cité par le D^r Koch, *Archiv für Klinische Chirurgie*
T. 70-1903, p. 876.

Cancer greffé sur un diverticule de l'S iliaque

Le patient, âgé de 70 ans, fut opéré par moi le 26 octobre 1900 avec le diagnostic de carcinome de l'S iliaque ; la laparotomie révéla, en effet, un carcinome de la portion médiane de l'S iliaque occupant un bon tiers de la périphérie. Mais l'S iliaque tout entier, autant qu'il fut possible de l'examiner du haut en bas en l'attirant en avant, présentait de nombreux diverticules de la grosseur maximum d'une cerise, qui, tous, étaient remplis de matières fécales dures donnant, à la pression, la sensation d'être malléables comme de la cire. Le carcinome s'était apparemment développé de l'un de ces verticules. Par une opération en deux temps, déjà décrite, j'amenai le patient à une guérison complète qui s'est maintenue jusqu'à présent.

Je me représente, dans mon cas, le développement du carcinome de la façon suivante : par suite de la rétention de matières fécales dans un des diverticules, il s'est d'abord développé une ulcération analogue, peut-être, à ce qui a été démontré par M. Graser au Congrès, il y a quelques années ; et par la suite, un carcinome s'est développé sur l'ulcération. Le patient en question, gros mangeur, souffrait d'une inertie des fonctions intestinales à ce que je supposai, car la formation de diverticules au gros intestin est en rapport avec la stagnation habituelle des matières fécales.

OBSERVATION VII

D^r SIDNEY JONES, cité par le D^r Koch, *Archiv für Klinische Chirurgie*
T. 70-1903, p. 876.

*Diverticule de l'S iliaque constituant un trajet fistuleux
entre l'intestin et la vessie*

Homme de 64 ans qui évacuait ses fèces par l'intestin, et qui mourut des suites de difficultés de la miction provenant d'une fistule ouverte dans la vessie. A l'autopsie, on observe ce qui suit :

Sur environ trois pouces, l'S iliaque était légèrement rétréci ; la muqueuse était disposée en quelques replis transversaux ; entre ces plis, se trouvait un grand nombre de diverticules de longueurs inégales. Le sommet de l'un d'eux était ulcéré et ouvert dans la vessie, de sorte qu'il existait une communication entre la vessie et l'intestin. Dans un autre cas, anatomiquement analogue, le patient semblait plus incommodé, par suite de l'écoulement de l'urine dans le rectum.

OBSERVATION VIII

D^r STIERLIN, *Correspondenz-Blatt für S. A.*, 32-1902

Péritonite généralisée par perforation d'un diverticule.

Un homme de 71 ans, corpulent, d'aspect robuste, fut envoyé d'urgence le 3 août, à l'Hôpital Cantonal, avec le diagnostic suivant : hernie inguinale étranglée du côté gauche.

Je vis le malade quatorze heures après la sortie de la hernie. Il paraissait souffrir beaucoup, était très agité mais les symptômes typiques de l'étranglement intestinal manquaient ; il n'y avait ni météorisme appréciable, ni vomissements.

Opération immédiate sous anesthésie à l'éther. Les enve-

loppes externes de la hernie présentent quelque peu d'imbibition œdémateuse ; en ouvrant le sac herniaire, il s'écoule un pus fluide exhalant une odeur fétide, et comme contenu, on trouve l'S iliaque très riche en graisse, modérément gonflé, rouge foncé, tapissé par places de couches fibreuses, dont l'incarcération, pas très prononcée, avait déjà été atténuée de l'extérieur par l'incision de l'anneau inguinal externe, de sorte qu'il fut facile de l'attirer en avant ; aussitôt, nous remarquâmes également la cause de la péritonite suppurée du sac ; à une certaine place, la paroi intestinale était transformée en un disque presque aussi dur que du cartilage, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, et, dans le milieu de cette induration, se trouvait une petite perforation d'où sortait, à la pression, un petit flocon muqueux.

Chez cet homme de 71 ans, on était tout porté à considérer cette tumeur dure, suffisamment circonscrite, comme un carcinome. Le diagnostic était inexact, comme cela se révéla par la suite ; mais j'espère que cette erreur est pardonnable.

Je fis donc une simple entéro-anastomose. Le dixième jour, je projetai de terminer l'opération. Je voulais fendre largement la cavité abdominale, y ramener l'S iliaque, et enlever le reste du sac herniaire. Mais quand, sur la table d'opération, le pansement du patient eut été enlevé, je découvris une petite fistule stercorale, limitée par une nécrose circonscrite de la paroi intestinale, ce qui m'obligea naturellement à renoncer à mon projet et à suturer la perte de substance provisoirement. La suture ne tint pas, mais l'état général resta bon jusqu'au 18 août, c'est-à-dire 15 jours après l'opération ; à ce moment, après un changement de pansement, le patient tomba dans le collapsus et mourut subitement.

Notre soupçon d'une embolie pulmonaire ne se confirma pas ; il s'agissait d'une dégénérescence avancée du muscle cardiaque.

Et maintenant, la préparation! Au lieu d'un carcinome, nous trouvâmes la perforation d'un long et fin canal diverticulaire. La tumeur était une infiltration de l'épaisse couche adipeuse sous-séreuse.

OBSERVATION IX

Due à l'obligeance de M. le docteur PAVIOT

Péritonite généralisée par perforation d'un diverticule

J. L. M., âgée de 78 ans, en traitement à l'hospice du Perron, depuis le 21 juillet 1898. Son diagnostic était ainsi résumé : athérome, ramollissement cérébral, hémiplegie gauche totale avec contracture et amyotrophies secondaires.

La malade est morte le 29 avril 1904, après avoir présenté, pendant douze jours, une température élevée, avec quelques rémissions, sans signes pulmonaires bien accusés.

L'autopsie fut pratiquée le 30 avril 1904; en dehors des lésions pulmonaires et du ramollissement cérébral que l'on constata dans tout le territoire de la sylvienne droite, voici ce que l'on rencontrait : au moment de l'éviscération, on remarque sur l'anse sigmoïde, une surface ulcérée et recouverte de pus; cette ulcération nage dans les franges adipeuses du péritoine et ne pénètre pas dans l'intestin. A l'ouverture de l'anse sigmoïde, on constate qu'elle présente des valvules, très rapprochées, qui rétrécissent beaucoup sa cavité et forment des loges dans lesquelles se trouvent des boulettes de matières fécales. L'orifice de ces logettes est transversal; elles sont séparées, les unes des autres, par des brides transversales, rondes, saillantes, comme des piliers cardiaques.

La muqueuse amincie, glissant mal, passe sur les brides qui contiennent un tissu blanc grisâtre, translucide comme le muscle intestinal. Deux de ces logettes communiquent manifestement avec deux abcès situés dans l'atmosphère

graisseuse de l'S iliaque, et communiquant avec la cavité péritonéale. Pour ainsi dire, chaque logette contient un bouchon fécal que l'on peut énucléer, comme on ferait sortir un bloc de cire molle. Le fond des logettes, elles-mêmes, ne semble plus constitué que par un tissu cellulaire mince qui les sépare du tissu cellulo-adipeux.

En résumé, la lésion paraît très ancienne. Il n'y a pas d'ulcération sur la muqueuse, et on peut, véritablement, se poser la question de savoir s'il ne s'agissait pas d'une anomalie de distribution des fibres annulaires à ce niveau, car le muscle paraît se localiser dans les saillies qui séparent ces logettes. L'atmosphère adipeuse qui l'entoure garde sa souplesse et est exempte de tissu scléreux.

Au total, il est assez difficile de se prononcer sur la signification de ces ulcérations. Toutefois, il paraît bien certain que la malade a succombé rapidement à la perforation d'une de ces lésions.

OBSERVATION X

Due à l'obligeance de M. le docteur PAVIOT

Péritonite généralisée par perforation d'un diverticule

P. F., âgée de 79 ans, entrée à l'hospice du Perron en 1897, avec le diagnostic de sénilité et d'athérome léger. En janvier 1906, le 5, la température s'est brusquement élevée à 39°8, le pouls est à 100, la respiration à 24; quelques signes pulmonaires; diarrhée et légère douleur dans l'abdomen.

Le 9 janvier, la température monte à 40°5; l'expectoration est purulente, verdâtre; la douleur est plus prononcée dans l'abdomen qui est saillant; parésie vésicale nécessitant le cathétérisme. Les jours suivants, les signes pulmonaires s'amendaient un peu, tandis que la douleur abdominale devenait plus marquée; la température monte à 40°6, la mort survient le 14 janvier.

L'autopsie montre les particularités suivantes : à l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un liquide louche, peu abondant, dans lequel nagent, l'intestin, l'épiploon, sans adhérences marquées.

Le péritoine est vascularisé. La vésicule contient un gros calcul. L'appendice est sain.

Le gros intestin est ouvert ; à partir de l'S iliaque, on note de très nombreuses logettes, appendues à l'intestin, et contenant des boulettes ; bref, un type d'intestin diverticulaire très net.

Mais, à ce moment, l'exploration n'était pas faite avec le courant d'eau, et, sûrement, s'il s'est agi de la perforation de l'un de ces diverticules, elle a échappé, parce que, vers la fin du gros intestin, les franges épiploïques étaient épaissies, congestionnées, recouvertes d'un magma puriforme ; quelques-unes, vers la fin, avaient une teinte sphacélée.

Les réflexions suivantes sont ajoutées à l'observation. Il s'agissait d'une péritonite aiguë suppurée, qui a totalement échappé en clinique ; ce n'est que le dernier jour, que la malade a eu des vomissements ; le ventre n'était pas ballonné ; il n'y avait pas d'arrêt des matières. Il est certain que la cause de cette péritonite est une perforation du tube digestif ; elle était en rapport avec le sommet d'un diverticule de l'S iliaque. Elle a passé inaperçue, en raison de son manque de recherche au courant d'eau.

OBSERVATION XI

D^r ZILGIEN, *Revue Médicale de l'Est*, 1894, p. 109.

Diverticules de l'S iliaque sans accident diverticulaire

Homme, 66 ans, mort de pneumonie. A l'autopsie, en voulant retirer le paquet intestinal, notre attention fut attirée par l'aspect particulier que présentait l'S iliaque dans toute son étendue. En écartant les franges de graisse

nous aperçûmes entre elles de petites vésicules, faisant partie de l'intestin, et leur surface externe était de même aspect macroscopique que celle du tube digestif. Elles étaient si nombreuses qu'elles faisaient ressembler l'intestin à une grappe de raisins à grosses graines. Ces graines, dont on peut évaluer le nombre à une centaine environ, étaient implantées dans les espaces laissés libres par les trois bandes musculaires longitudinales. Une matière molle, que l'ouverture de l'intestin nous fera connaître dans un instant, les remplissait. Sous la pression des doigts, ces vésicules se vidaient facilement de leur contenu, et leurs parois s'accolaient alors, l'une à l'autre, comme celles d'une vessie vide.

Lorsque nous voulûmes ouvrir l'intestin, nous nous aperçûmes que son calibre était tellement réduit que c'est à peine si notre index pouvait y pénétrer. Pour le sectionner, il nous fallut prendre des ciseaux à dissection. L'intestin étant ouvert et étalé, nous vîmes que ses parois n'étaient pas sensiblement augmentées d'épaisseur. La surface était comme atteinte d'une éruption de pustules acuminées, et ces saillies n'étaient formées par autre chose que le contenu des vésicules, qui faisaient saillies, sous forme de pointes, par l'orifice de ces petites poches. Par la pression, ce contenu sortait totalement; c'était un petit bol de matières fécales, de coloration verdâtre et de consistance demi-dure.

OBSERVATION XII

D^r DURANTE. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1896, p. 318

Diverticules de l'S iliaque sans accident diverticulaire

Femme âgée de 55 ans environ. L'autopsie a pu être pratiquée d'une façon assez précoce pour que la rigidité cadavérique n'ait pas encore eu le temps de se produire. Cette femme, sa vie durant, ne s'était plainte d'aucun symp-

tôme pathologique du côté de l'intestin. Nous n'insisterons pas sur les lésions ayant déterminé la mort, ces lésions n'intéressent, en aucune manière, le tube digestif. L'intestin grêle, le colon ascendant n'offraient aucune anomalie ; mais le colon descendant, l'S iliaque, et la première portion du rectum attiraient l'attention par une disposition très curieuse des franges épiploïques qui, très développées en dedans et en dehors, étaient soulevées par une rangée de petites tumeurs, dont le volume variait d'un gros pois à une grosse noisette. Ces tumeurs, arrondies, lisses, très dures au toucher, étaient reliées à l'intestin par un pédicule et siégeaient dans l'épaisseur des franges épiploïques. Les plus grosses avaient complètement dédoublé la frange qu'elles occupaient ; les plus petites n'en comprenaient que la base. Au niveau de l'S iliaque, où cette altération était la plus marquée, presque toutes les franges étaient intéressées.

En pratiquant une coupe transversale, on pouvait s'assurer qu'il s'agissait ici de diverticules intestinaux, contenant des matières brunâtres et dures, et reliés à la cavité colique par un conduit étroit, plus ou moins long, perméable, mais insuffisant pour permettre au contenu solide de ces ampoules de repasser dans l'intestin.

CONCLUSIONS

I. — Les diverticules de l'S iliaque sont des productions essentiellement pathologiques, bien qu'ils puissent souvent rester silencieux et ne causer aucun accident. La distinction en faux et vrais diverticules ne doit pas être maintenue, car elle prête à confusion. Par leurs caractères, ils se distinguent suffisamment :

a) Du diverticule de Meckel qui n'est que la persistance du canal vitellin de l'embryon, que l'on retrouve sur le bord convexe de l'intestin.

b) Des diverticules congénitaux de l'intestin grêle, qui siègent sur la face concave, et qui ne sont que des anomalies anatomiques.

II. — *a)* Les diverticules de l'S iliaque sont toujours multiples et beaucoup plus fréquents qu'on le croit généralement.

b) Les causes étiologiques les plus importantes, sont la vieillesse et la constipation chronique.

III. — Le mode de formation des diverticules est constitué par ce que Cruveilhier appelle la hernie tuniquaire, résultant sans doute de cause mécanique ou d'altérations veineuses et glandulaires, mais surtout de la faiblesse musculaire.

IV. — Les lésions histologiques sont peu impor-

tantes ; seule, la couche musculaire semble assez altérée ; mais, toutes les tuniques de l'intestin sont représentées dans leurs parois.

V. — Les accidents diverticulaires sont dus à l'inflammation, pouvant aller jusqu'à la suppuration et la perforation. Ils sont analogues à ceux que peut produire l'inflammation de l'appendice iléo-cœcal. On peut observer :

a) Des sigmoïdites non suppurées (lésions limitées à la paroi).

b) Des péricolites suppurées (abcès diverticulaire rompu dans un péritoine limité).

c) Des péritonites généralisées, en cas de perforation, dans le grand péritoine.

d) Des sténoses inflammatoires et cicatricielles.

e) Plus rarement, des trajets fistuleux avec adhérences aux autres organes.

Vu :

Le Président de la Thèse,
JABOULAY.

Vu :

Le Doyen,
HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 30 Janvier 1907.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AUGIER. — Thèse de Paris, 1887-88.
- D^r CAHIER. — Revue de chirurgie, p. 338, 1906.
- CHLUMSKY. — Beitrage z. klinische chirurgie, 1899, t. 25.
- CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie patho-générale, Paris. 1896, t. I, p. 594.
- DEMOULIN. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1889, p. 442.
- DURANTE. — Bulletin de la Société anatomique de Paris 1896, p. 318.
- EDEL. — Cité par M. le D^r Patel, Virchow's Archiv. 1894, t. 88, p. 351.
- D^r ELWIN BEER. — The American journal of the med. sciences, 1904, t. 2, p. 135.
- GEORGI. — Cité par M. le D^r Patel, Deutsche Z. f. chir. 1903, t. 57.
- GILIS. — Nouveau Montpellier médical, 1898, t. 7, p. 505.
- GRASER. — Langebek's Archiv., 1889, t. 54.
- GRASER. — Munch. med. Woch. 1899, t. 46, p. 721.
- HANSEMAN. — Virchow's Arch. 1896, t. 144, p. 400.
- HOCHENEGG. — Cité par Koch, congrès all. de chir., 1902.
- KOCH. — Archiv. für klin. chir., 1903, t. 70, p. 876.
- KLEBS. — Path. Anatomie, 1869, p. 271.
- LEJARS ET MENETRIER. — Revue de chir. 1904, t. 2, p. 469.
- MACAINE. — Bul. Soc. anatomique, Paris, 1899, t. 1, p. 427.
- MARIE. — Bul. Soc. anatomique, Paris, 1899, t. 74, p. 982.

- MAUCLAIRE ET MACAINE. — Bul. Soc. anatomique, Paris 1898, t. 12, p. 258.
- MERTENS. — Mittheilung. v. d. Grenzgebiet d. med. u. chir., t. 9, 1902, p. 743.
- MOSER. — Bruns' Beitr. z. klin. chir., t. 29, 1900, p. 308.
- D^r M. PATEL ET D^r PELLANDA. — Lyon médical, 1906, t. 107, p. 497.
- PEYROT. — Traité de pathologie externe, p. 550.
- STIERLIN. — Correspondenz Blatt für Schw. Aerzte, 1902, t. 32, p. 749.
- STROUP. — Thèse de Nancy, 1893. Constipation des vieillards.
- SUDSUKI. — Archiv. f. klin. chir. 1900, t. 61, p. 708.
- TIXIER. — Cité par M. le D^r Patel. Société de chirurgie, Lyon, 1905, 9 mars.
- J. VIAL. — Thèse de Lyon, 1904. Diverticules de l'œsophage.
- WALDVOGEL. — Deutsche med. Wochen., 1902, t. 28, p. 570.
- WARNICKE. — Deutsche Zeitschrift für chir., 1906, t. 82, p. 295.
- ZILGIEN. — Revue médicale de l'Est, 1894, p. 109.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Définition	13
CHAPITRE II. — Fréquence, Etiologie, Morphologie, Siège.....	49
CHAPITRE III. — Pathogénie.....	27
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.....	41
CHAPITRE V. — Accidents diverticulaires.....	45
OBSERVATIONS.....	53
CONCLUSIONS	67
BIBLIOGRAPHIE.....	69
